



ABORDAGEM FÍSICA E NUTRICIONAL ADULTO

Nutricionistas: Adriana Dantas e Delaine de Almeida

Data: 28 / 05 / 11

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Carmelita dos Reis

Data de Nascimento: 20 / 10 / 83 Idade: 27 Est. Civil 1- S () 2- C () 3- D () 4- V ()

Naturalidade: Irara Procedência: esaboto Sexo 1- M () 2- F ()

Telefone: 3602-7280 Ocupação: Dona de casa

Função: _____ Carga horária de trabalho / dia _____ h

Tem atividade extra? 1- Sim () 2- Não ()

Qual? _____ Com que frequência semanal? _____

Atividade: 1- Leve () 2- Moderada () 3- Intensa () 4- Muito Intensa ()

2. DADOS SÓCIO-ECONÔMICOS

Qual a sua escolaridade? 1- 1º grau () 2- 2º grau () 3- 3º grau () 4- Pós-graduação ()

Situação escolar: 1- incompleto () 2- completo ()

Entre as alternativas como você classificaria a sua raça?

1- Branca () 2- Negra () 3- Mulata-clara () 4- Mulata-média () 5- Mulata-escura ()

6- Amarelo () 7- Indígena ()

Renda familiar: 1- 1 a 2 SM () 2- 3 a 4 SM () 3- 5 a 6 SM () 4- 7 a 10 SM () 5- > 10 SM ()

3. HÁBITOS DE VIDA

Exercício Físico

Pratica algum tipo de exercício físico? 1- Sim () 2- Não ()

Qual o tipo? Academia

Com que frequência semanal pratica? 3 x / semana Regular: 1- Sim () 2- Não ()

Duração/min.: 02 horas Há quanto tempo? 03 semanas

Etilismo

Você ingere bebida alcoólica? 1- Sim () 2- Não ()

Tipo de Bebida	Quantidade	FREQUÊNCIA					
		1 a 3 vezes 2 /semana	4 a 6 vezes /semana	Diariamente	Até 2 vezes/mês	Rara mente	Nunca
Cerveja (lata/garrafa pequena)	<u>10</u>	<u>x</u>					
Cerveja (garrafa grande)							
Cerveja (copo 200 ml)							
Aguardente (doses)							
Uísque (doses)							
Conhaque/Vodka (doses)							
Vinho (taças)							
Outro:							

Há quanto tempo faz uso de bebidas alcoólicas? há 12 anos

1. Sentiu alguma vez que deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou parar de beber? (S)

2. As pessoas criticam o seu modo de beber? (S)

3. Sente-se aborrecido consigo mesmo pela maneira como costuma beber? (N)

4. Costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca? (S)

Tabagismo

Fumante: 1- Sim () 2- Não () Se afirmativo, há quanto tempo: _____ Nº cigarros/dia: _____

Tipo de tabaco: 1- Cigarro () 2- Charuto () 3- Cigarrilha () 4- Cachimbo () 4- Outros _____

Ex-fumante: 1- Sim () 2- Não () Quanto Tempo? _____



Fumante Passivo: 1- Sim () 2- Não (X) Se afirmativo: 1- Casa () 2- Trabalho ()

Sono

Quantas horas de sono, em média, você tem por dia? 1- Abaixo de 4 horas () 2- Entre 4 e 6 horas ()

3- Entre 6 e 8 horas (X) 4- Acima de 8 horas (X)

Roncos: 1- Sim (X) 2- Não ()

4. ANTECEDENTES FAMILIARES

ENTRE SEUS PARENTES DE 1º GRAU (PAI, MÃE E IRMÃOS) QUEM TEVE OU TEM:

Obesidade	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe (X)	OBES _____
Pressão Alta	3- Pai ()	4- Mãe (X)	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()	PRESALT _____
Diabetes	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe (X)	DM _____
Colesterol alto	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe (X)	HCOL _____
Angina	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe (X)	ANGINA _____
Infarto	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe (X)	INFART _____
Morte Súbita	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe (X)	MORSUB _____
Derrame	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe (X)	DERRAME _____
Insuf. Cardíaca	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe (X)	ICARD _____
Câncer	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe (X)	CA _____
Osteoporose	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe (X)	OSTEOP _____
Outros	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe (X)	OUTROS _____

Cirurgias: _____

5. HISTÓRIA CLÍNICA ATUAL

VOCÊ TEM ALGUMA DESSAS DOENÇAS?

Diabetes	1- Sim ()	2- Não (X)	DIAB _____	Angina	1- Sim ()	2- Não (X)	ANG _____
Colesterol alto	1- Sim ()	2- Não (X)	HCOL _____	Infarto	1- Sim ()	2- Não (X)	INFART _____
Obesidade	1- Sim ()	2- Não (X)	OBES _____	Derrame	1- Sim ()	2- Não (X)	DERM _____
Pressão Alta	1- Sim ()	2- Não (X)	HAS _____	Anemia	1- Sim ()	2- Não (X)	ANEM _____
Câncer	1- Sim ()	2- Não (X)	CA _____	Úlcera	1- Sim ()	2- Não (X)	ULC _____
Osteoporose	1- Sim ()	2- Não (X)	OST _____	D. Tireóide	1- Sim ()	2- Não (X)	DTIREO _____

Em caso afirmativo, faz algum tipo de tratamento? 1- Não ()

2- Sim () a. Regular () b. Irregular ()

Que Tipo? 3- Medicamento () 4- Dieta () 8- Chás () 13- Exercício físico () Outros: _____

APENAS PARA O SEXO FEMININO:

Usa anticoncepcional? 1- Sim () 2- Não (X) Está na menopausa? 1- Sim (X) 2- Não ()

Faz Reposição Hormonal? 1- Sim () 2- Não (X)

Retirou os ovários por cirurgia? 1- Sim () 2- Não (X)

Com que idade teve a primeira menstruação? 09 anos - 13 anos

Já esteve grávida? 1- Sim () 2- Não (X) Quantas vezes você esteve grávida? _____ vezes

Quantos partos de crianças vivas ou mortas? 1 partos

Com que idade você engravidou? 1º gest _____ 2º gest _____ 3º gest _____ 4º gest _____ 5º gest _____

6º gest _____

Qual o período entre um parto e outro? _____ / _____ / _____ / _____



5. EXAME FÍSICO

ÍTEM	OBSERVAÇÕES	ÍTEM	OBSERVAÇÕES
Cabelo	✓	Dentição	✓
Olhos	✓	Pele	✓
Mucosas	corada	Unhas	✓
Boca	✓	Abdômen	✓
Língua	✓	Extremidades	✓
Gengivas	✓	Articulações	✓

Ap. Gastrointestinal

1- Disfagia () 2- Odinofagia () 3- Dispepsia () 4- Pirose () 5- Náusea ()

6- Vômito ()

7- Flatulência () 8- Diarréia () 9- Obstipação (X)

Outros: _____

Se Obstipação: Consistência: sim Aspecto: endurecido - Refere obstipação crônica o tempo, si ir ao banheiro

Ritmo Urinário: Normal (X) ↑ () ↓ () Frequência: _____ Toma chá de sene resolveu + Acodemia

6. AVALIAÇÃO LABORATORIAL

EXAMES	VALORES ENCONTRADOS (mg/dl)	EXAMES	VALORES ENCONTRADOS (mg/dl)
Hemoglobina		HDL-C	
Hematócrito		Triglicérides	
Leucócitos		Uréia	
Glicemia		Creatinina	
Colesterol Total		Uréia	
LDL-C		Creatinina	

7. AVALIAÇÃO CLÍNICA-ANTROPOMÉTRICA

DATA	PESO (Kg)	ALTURA (Cm)	IMC	CC	CQ (CM)
28/05/11	79,7	1,66 ²¹⁷⁵⁶	28,92	92	110
18/06	77,9		28,26		

PESO IDEAL OU DESEJADO:

67 - 66

ABD
100

IMC

- NORM - 18,9 - 24,9
- SOBR - 25 - 29,9
- OB.I - 30 - 34,9



8. PERCEPÇÃO

Como você classificaria seu peso corporal? 1- Baixo peso () 2- Peso normal ()
3- Um pouco acima do peso (X) 4- Muito acima do peso () 5- Não se percebe ()

Percepção corporal: Como você se sente em relação ao seu corpo?

1- Satisfeito () 2- Insatisfeito (X) 3- Indiferente ()

Percepção situação de saúde: Como você classifica a sua saúde?

1- Muito boa () 2- Boa () 3- Regular (X) 4- Ruim () 5- Muito ruim ()

causaço

9. ANAMNESE ALIMENTAR

Refeição/dia: 1- Café manhã () 2- Colação () 3- Almoço () 4- Lanche () 5- Jantar () 6- Ceia ()

Local das principais refeições: 1- Sempre em casa () 2- Sempre na rua () 3- Em casa/rua ()

Café manhã () Almoço () Jantar ()

Forma + freq. de preparar/consumir os alimentos: 1- Cozido () 2- Assado () 3- Grelhado () 4- Frito ()

Tipo de sal utilizado: 1- Sal de cozinha () 2- Sal light () 3- Dietasal () 4- Tempero pronto ()

Quanto tempo dura um pacote de sal em sua casa?

1- 1 semana () 2- 15 dias () 3- 01 mês () 4- 2 meses () 5- 3 meses () 6- Não sabe ()

Quantas pessoas fazem as refeições na sua casa? _____ pessoas

Usa saleiro na mesa: 1- Sim () 2- Não ()

Faz alguma Restrição Alimentar? 1- Sim () 2- Não () Quais? _____

Por quê? _____

Alergia

alimentar: _____

Intolerância

alimentar: _____

Aversões alimentares: _____

Apetite atual: 1- Normal () ↑ () ↓ ()

Ingestão hídrica: _____ copos/dia

Já fez algum tratamento dietético? 1- Sim () 2- Não ()

Finalidade: _____

Como você, no geral, classifica a sua alimentação? 1- Muito boa () 2- Boa () 3- Regular ()

4- Ruim () 5- Muito ruim ()



10. RECORDATÓRIO ALIMENTAR HABITUAL

Refeição	Preparações/ Alimentos	Medidas caseiras	Gramas
Desjejum Local: <i>CASA</i> Hora: <i>06:00</i>	<i>- leite + Nescau 04 colheres</i> <i>- Pão de manteiga</i>	<i>01 copo</i> <i>02 und</i>	
Colação Local: Hora:	<i>—</i>		
Almoço Local: <i>CASA</i> Hora: <i>12:00</i>	<i>Feijão</i> <i>Arroz</i> <i>carnes</i> <i>Salada</i> <i>Refrig.</i>	<i>0,5 conchas</i> <i>05 colh. sopa</i> <i>03 bifes grandes</i> <i>01 colheres sopa</i> <i>01 litro</i>	
Lanche Local: Hora:	<i>—</i>		
Jantar Local: Hora:	<i>igual ao almoço</i>		
Ceia Local: Hora:	<i>—</i>		

Toma muito sorvete - 500ml
Pipoca / Abacá / Acarajé
03 03



CONDUTA NUTRICIONAL

PARA: Carmelita dos Reis

DATA: 18/06/2011

CAFÉ DA MANHÃ - 07 a 08H

- Antes do café: Água + mamão com aveia ou salada de frutas ou 01 suco natural
- Leite desnatado com pouco café – 01 xícara ou iogurte light – 1 unidade
- 1 porção do grupo de pães (preferir o integral)
- Requeijão cremoso light ou queijo branco (minas fescal, ricota, coalho) ou patê light (preparar com requeijão cremoso light) ou 1 fatia de presunto ou margarina light.

LANCHE DA MANHÃ – 10H

- Água
- Suco natural ou água de coco ou fruta ou iogurte light ou salada de frutas

ALMOÇO – 12 a 13H

- Vegetal A – à vontade
- Vegetal B – 03 colheres de sopa
- Arroz Integral ou macarrão – 02 colheres de sopa (tentar incluir o integral)
- Feijão magro – 01 concha pequena com caldo ou 02 colheres de sopa do grão
- Carne magra – 01 porção
- Sobremesa: fruta ou gelatina ou 1 copo de suco

LANCHE DA TARDE – 15H

- Água
- Suco natural ou água de coco ou fruta ou iogurte light ou salada de frutas

JANTAR – 17 - 18H

- Com base no café da manhã, podendo substituir a fruta por um prato de sopa magra.
- Grelhado com salada crua ou cozida (não comer feijão nem arroz nem macarrão)

LANCHE CURSO OU CEIA

- Com base nos lanches ou 01 copo de mingau de aveia ou 01 barra de cereal.

- Evite achocolatados, doces, massas, gorduras, frituras, sorvetes
- Reduzir quantidades de alimentos calóricos e aumentar as saladas



LISTA DE SUBSTITUIÇÃO

Com esta lista você poderá substituir os alimentos de forma fácil tornando o seu cardápio cada dia diferente!

GRUPO DOS VEGETAIS

TIPO A (PREFERIR)

• Abobrinha	• Cebola	• Palmito
• Acelga	• Chicória	• Pepino
• Agrião	• Couve	• Pimentão
• Alface	• Couve-flor	• Rabanete
• Aspargos	• Espinafre	• Repolho
• Berinjela	• Jiló	• Tomate
• Brócolis	• Maxixe	

TIPO B

• Abóbora Madura	• Cenoura	• Nabo
• Abóbora moranga	• Chuchu	• Quiabo
• Beterraba	• Ervilha Fresca	• Vagem

TIPO C

• Aipim	• Batata Inglesa	• Milho Verde
• Batata Doce	• Inhame	• Mandioca
• Banana da Terra		

GRUPO DOS PÃES

- 2 fatias de forma
- Torrada de pão francês – o equivalente a uma unidade
- 4 biscoitos salgados
- Maisena – 1 colher de sopa + ½ pãozinho
- Aveia – 1 colher de sopa + ½ pãozinho
- Bolo simples – 1 fatia
- Beiju – 3 unidades
- Banana da terra ou vegetal tipo C – 2 pedaços pequeno



ABORDAGEM FÍSICA E NUTRICIONAL ADULTO

Nutricionistas: Adriana Dantas e Delaine de Almeida

Data: 18/06/11

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Patrícia Isidoro dos Santos

Data de Nascimento: 22/07/78 Idade: 33 Est. Civil 1- S () 2- C (X) 3- D () 4- V ()

Naturalidade: Jirataia-BA Procedência: eaboto Sexo 1- M () 2- F (X)

Telefone: 8267-9513 Ocupação: Estudante / Dona de casa

Função: — Carga horária de trabalho / dia — h

Tem atividade extra? 1- Sim (X) 2- Não ()

Qual? Salão de Beleza - cabelo Com que frequência semanal? —

Atividade: 1- Leve () 2- Moderada () 3- Intensa (X) 4- Muito Intensa ()

2. DADOS SÓCIO-ECONÔMICOS

Qual a sua escolaridade? 1- 1º grau () 2- 2º grau (X) 3- 3º grau () 4- Pós-graduação ()

Situação escolar: 1- incompleto () 2- completo (X)

Entre as alternativas como você classificaria a sua raça?

1- Branca () 2- Negra () 3- Mulata-clara () 4- Mulata-média () 5- Mulata-escura ()

6- Amarelo () 7- Indígena ()

Renda familiar: 1- 1 a 2 SM (X) 2- 3 a 4 SM () 3- 5 a 6 SM () 4- 7 a 10 SM () 5- > 10 SM ()

3. HÁBITOS DE VIDA

Exercício Físico

Pratica algum tipo de exercício físico? 1- Sim (X) 2- Não ()

Qual o tipo? Academia

Com que frequência semanal pratica? 03x semana Regular: 1- Sim (X) 2- Não ()

Duração/min.: 01 hora Há quanto tempo? 3 anos

Etilismo

Você ingere bebida alcoólica? 1- Sim (X) 2- Não ()

Tipo de Bebida	Quantidade	FREQUÊNCIA					
		1 a 3 vezes /semana	4 a 6 vezes /semana	Diariamente	Até 2 vezes/mês	Raramente	Nunca
Cerveja (lata/garrafa pequena)	<u>01 lata</u>					X	
Cerveja (garrafa grande)							
Cerveja (copo 200 ml)							
Aguardente (doses)							
Uísque (doses)							
Conhaque/Vodka (doses)							
Vinho (taças)							
Outro:							

Há quanto tempo faz uso de bebidas alcoólicas? —

1. Sentiu alguma vez que deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou parar de beber? ()

2. As pessoas criticam o seu modo de beber? ()

3. Sente-se aborrecido consigo mesmo pela maneira como costuma beber? ()

4. Costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca? ()

Tabagismo

Fumante: 1- Sim () 2- Não (X) Se afirmativo, há quanto tempo: — Nº cigarros/dia: —

Tipo de tabaco: 1- Cigarro () 2- Charuto () 3- Cigarrilha () 4- Cachimbo () 4- Outros —

Ex-fumante: 1- Sim () 2- Não () Quanto Tempo? —



Fumante Passivo: 1- Sim () 2- Não (✓) Se afirmativo: 1- Casa () 2- Trabalho ()

Sono

Quantas horas de sono, em média, você tem por dia? 1- Abaixo de 4 horas () 2- Entre 4 e 6 horas ()
3- Entre 6 e 8 horas (✓) 4- Acima de 8 horas ()

Roncos: 1- Sim () 2- Não ()

4. ANTECEDENTES FAMILIARES

ENTRE SEUS PARENTES DE 1º GRAU (PAI, MÃE E IRMÃOS) QUEM TEVE OU TEM:

Obesidade	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe (✓)	OBES _____
Pressão Alta	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe (✓)	PRESALT _____
Diabetes	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe (✓)	DM _____
Colesterol alto	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe (✓)	HCOL _____
Angina	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()	ANGINA _____
Infarto	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()	INFART _____
Morte Súbita	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()	MORSUB _____
Derrame	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()	DERRAME _____
Insuf. Cardíaca	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()	ICARD _____
Câncer	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()	CA _____
Osteoporose	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()	OSTEOP _____
Outros	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()	OUTROS _____

Cirurgias: _____

5. HISTÓRIA CLÍNICA ATUAL

VOCÊ TEM ALGUMA DESSAS DOENÇAS?

Diabetes	1- Sim ()	2- Não ()	DIAB _____	Angina	1- Sim ()	2- Não ()	ANG _____
Colesterol alto	1- Sim ()	2- Não ()	HCOL _____	Infarto	1- Sim ()	2- Não ()	INFART _____
Obesidade	1- Sim ()	2- Não (✓)	OBES _____	Derrame	1- Sim ()	2- Não ()	DERM _____
Pressão Alta	1- Sim ()	2- Não ()	HAS _____	Anemia	1- Sim (✓)	2- Não ()	ANEM _____
Câncer	1- Sim ()	2- Não ()	CA _____	Úlcera	1- Sim ()	2- Não ()	ULC _____
Osteoporose	1- Sim ()	2- Não ()	OST _____	D. Tireóide	1- Sim ()	2- Não ()	DTIREO _____

Em caso afirmativo, faz algum tipo de tratamento? 1- Não ()

2- Sim () a. Regular () b. Irregular ()

Que Tipo? 3- Medicamento () 4- Dieta () 8- Chás () 13- Exercício físico () Outros: _____

APENAS PARA O SEXO FEMININO:

Usa anticoncepcional? 1- Sim () 2- Não (✓) Está na menopausa? 1- Sim () 2- Não ()

Faz Reposição Hormonal? 1- Sim () 2- Não ()

Retirou os ovários por cirurgia? 1- Sim () 2- Não (✓)

Com que idade teve a primeira menstruação? 13 anos

Já esteve grávida? 1- Sim (✓) 2- Não () Quantas vezes você esteve grávida? 01 vezes

Quantos partos de crianças vivas ou mortas? 01 partos

Com que idade você engravidou? 1º gest 23 2º gest _____ 3º gest _____ 4º gest _____ 5º gest _____

6º gest _____

Qual o período entre um parto e outro? _____ / _____ / _____ / _____ / _____



5. EXAME FÍSICO

ÍTENS	OBSERVAÇÕES	ÍTENS	OBSERVAÇÕES
Cabelo		Dentição	
Olhos		Pele	
Mucosas		Unhas	
Boca		Abdômen	
Língua		Extremidades	
Gengivas		Articulações	

Ap. Gastrointestinal

1- Disfagia () 2- Odinofagia () 3- Dispepsia () 4- Pirose () 5- Náusea ()

6- Vômito ()

7- Flatulência () 8- Diarréia () 9- Obstipação ()

Outros: _____

Se Obstipação: Consistência: _____ Aspecto: _____

Ritmo Urinário: Normal () ↑ () ↓ () Frequência: _____

6. AVALIAÇÃO LABORATORIAL

EXAMES	VALORES ENCONTRADOS (mg/dl)	EXAMES	VALORES ENCONTRADOS (mg/dl)
Hemoglobina		HDL-C	
Hematócrito		Triglicérides	
Leucócitos		Uréia	
Glicemia		Creatinina	
Colesterol Total		Uréia	
LDL-C		Creatinina	

7. AVALIAÇÃO CLÍNICA-ANTROPOMÉTRICA

DATA	PESO (Kg)	ALTURA (Cm)	IMC	CC	CQ (CM)
18/06/11	74,3	153 ^{2,3409}	31,73		
06/08/11	74,5				

PESO IDEAL OU DESEJADO:

Ideal = 56

Peso desejado = 64

IMC

18 ——— 24,9 — Normal

25 ——— 29,9 — Sobrep.

30 ——— 34,9 — OB. I



8. PERCEPÇÃO

Como você classificaria seu peso corporal? 1- Baixo peso () 2- Peso normal ()
3- Um pouco acima do peso () 4- Muito acima do peso () 5- Não se percebe ()

Percepção corporal: Como você se sente em relação ao seu corpo?

1- Satisfeito () 2- Insatisfeito () 3- Indiferente ()

Percepção situação de saúde: Como você classifica a sua saúde?

1- Muito boa () 2- Boa () 3- Regular () 4- Ruim () 5- Muito ruim ()

9. ANAMNESE ALIMENTAR

Refeição/dia: 1- Café manhã () 2- Colação () 3- Almoço () 4- Lanche () 5- Jantar () 6- Ceia ()

Local das principais refeições: 1- Sempre em casa () 2- Sempre na rua () 3- Em casa/rua ()

Café manhã () Almoço () Jantar ()

Forma + freq. de preparar/consumir os alimentos: 1- Cozido () 2- Assado () 3- Grelhado () 4-Frito ()

Tipo de sal utilizado: 1- Sal de cozinha () 2- Sal light () 3- Dietasal () 4- Tempero pronto ()

Quanto tempo dura um pacote de sal em sua casa?

1- 1 semana () 2- 15 dias () 3- 01 mês () 4- 2 meses () 5- 3 meses () 6- Não sabe ()

Quantas pessoas fazem as refeições na sua casa? _____ pessoas

Usa saleiro na mesa: 1- Sim () 2- Não ()

Faz alguma Restrição Alimentar? 1- Sim () 2- Não () Quais? _____

Por quê? _____

Alergia alimentar: _____

Intolerância alimentar: _____

Aversões alimentares: _____

Apetite atual: 1- Normal () ↑ () ↓ ()

Ingestão hídrica: _____ copos/dia

Já fez algum tratamento dietético? 1- Sim () 2- Não ()

Finalidade: _____

Como você, no geral, classifica a sua alimentação? 1- Muito boa () 2- Boa () 3- Regular ()

4- Ruim () 5- Muito ruim ()



10. RECORDATÓRIO ALIMENTAR HABITUAL

Refeição	Preparações/ Alimentos	Medidas caseiras	Gramas
Desjejum Local: CASA Hora: 6:30	- Banana da Terra ou - Batata doce ou - Biscoito maizena café c/ leite desnatado adoçante	7-8 Und 250 ml	
Colação Local: colégio emro Hora: 10:00	- Biscoito maizena ou - Maçã ou banana ou - Salada de frutas		
Almoço Local: CASA Hora: 13:00	- frango, Peixe, moqueca - Arroz ou macarrão - Feijão - Salada - Jujuba - melo bom - laranja - suco	1 prato Médio 03 colheres sopa 01 1/2 concha 01 prato pes.	
Lanche Local: CASA Hora: 16:00	- fruta - pipoca - biscoito		
Jantar Local: CASA Hora: 20:30 21:00	→ repetir desjej ou - melancia / abacaxi - leite c/ granola		
Ceia Local: Hora:	—		



ABORDAGEM FÍSICA E NUTRICIONAL ADULTO

Nutricionistas: Adriana Dantas e Delaine de Almeida

Data: 09/07/11

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: U. Celiba Ramos

Data de Nascimento: 22/08/52 Idade: 58 Est. Civil 1- S () 2- C () 3- D () 4- V ()
Naturalidade: Ilheus Procedência: Ilheus Sexo 1- M () 2- F ()
Telefone: 8631.2709 Ocupação: atendida em Madiera
Função: Tec. Enfermagem Carga horária de trabalho / dia _____ h
Tem atividade extra? 1- Sim () 2- Não ()
Qual? Uinda (Danças) Com que frequência semanal? _____
Atividade: 1- Leve () 2- Moderada () 3- Intensa () 4- Muito Intensa ()

2. DADOS SÓCIO-ECONÔMICOS

Qual a sua escolaridade? 1- 1º grau () 2- 2º grau () 3- 3º grau () 4- Pós-graduação ()
Situação escolar: 1- incompleto () 2- completo ()
Entre as alternativas como você classificaria a sua raça?
1- Branca () 2- Negra () 3- Mulata-clara () 4- Mulata-média () 5- Mulata-escura ()
6- Amarelo () 7- Indígena ()
Renda familiar: 1- 1 a 2 SM () 2- 3 a 4 SM () 3- 5 a 6 SM () 4- 7 a 10 SM () 5- > 10 SM ()

3. HÁBITOS DE VIDA

Exercício Físico

Pratica algum tipo de exercício físico? 1- Sim () 2- Não ()
Qual o tipo? caminhada
Com que frequência semanal pratica? 5 dias Regular: 1- Sim () 2- Não ()
Duração/min.: 1 hora Há quanto tempo? _____

Etilismo

Você ingere bebida alcoólica? 1- Sim () 2- Não ()

Tipo de Bebida	Quantidade	FREQUÊNCIA					
		1 a 3 vezes /semana	4 a 6 vezes /semana	Diariamente	Até 2 vezes/mês	Raramente	Nunca
Cerveja (lata/garrafa pequena)							
Cerveja (garrafa grande)	<u>1</u>					<u>1x mês</u>	
Cerveja (copo 200 ml)							
Aguardente (doses)							
Uísque (doses)							
Conhaque/Vodka (doses)							
Vinho (taças)							
Outro:							

Há quanto tempo faz uso de bebidas alcoólicas? _____

1. Sentiu alguma vez que deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou parar de beber? ()
2. As pessoas criticam o seu modo de beber? ()
3. Sente-se aborrecido consigo mesmo pela maneira como costuma beber? ()
4. Costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca? ()

Tabagismo

Fumante: 1- Sim () 2- Não () Se afirmativo, há quanto tempo: _____ Nº cigarros/dia: _____
Tipo de tabaco: 1- Cigarro () 2- Charuto () 3- Cigarrilha () 4- Cachimbo () 4- Outros _____
Ex-fumante: 1- Sim () 2- Não () Quanto Tempo? _____

Parou a 25 anos



Fumante Passivo: 1- Sim () 2- Não (X) Se afirmativo: 1- Casa () 2- Trabalho ()

Sono

Quantas horas de sono, em média, você tem por dia? 1- Abaixo de 4 horas () 2- Entre 4 e 6 horas ()

3- Entre 6 e 8 horas (X) 4- Acima de 8 horas ()

Roncos: 1- Sim () 2- Não ()

4. ANTECEDENTES FAMILIARES

ENTRE SEUS PARENTES DE 1º GRAU (PAI, MÃE E IRMÃOS) QUEM TEVE OU TEM:

Obesidade	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe (X)	OBES _____
Pressão Alta	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe (X)	PRESALT _____
Diabetes	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe (X)	DM _____
Colesterol alto	3- Pai ()	4- Mãe (X)	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()	HCOL _____
Angina	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()	ANGINA _____
Infarto	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()	INFART _____
Morte Súbita	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()	MORSUB _____
Derrame	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()	DERRAME _____
Insuf. Cardíaca	3- Pai ()	4- Mãe (X)	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()	ICARD _____
Câncer	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()	CA _____
Osteoporose	3- Pai ()	4- Mãe (X)	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()	OSTEOP _____
Outros	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()	OUTROS _____

Cirurgias: _____

5. HISTÓRIA CLÍNICA ATUAL

VOCÊ TEM ALGUMA DESSAS DOENÇAS?

Diabetes	1- Sim ()	2- Não (X)	DIAB _____	Angina	1- Sim ()	2- Não ()	ANG _____
Colesterol alto	1- Sim (X)	2- Não ()	HCOL _____	Infarto	1- Sim ()	2- Não ()	INFART _____
Obesidade	1- Sim ()	2- Não (X)	OBES _____	Derrame	1- Sim ()	2- Não ()	DERM _____
Pressão Alta	1- Sim ()	2- Não (X)	HAS _____	Anemia	1- Sim ()	2- Não (X)	ANEM _____
Câncer	1- Sim ()	2- Não (X)	CA _____	Úlcera	1- Sim ()	2- Não ()	ULC _____
Osteoporose	1- Sim ()	2- Não (X)	OST _____	D. Tireóide	1- Sim ()	2- Não ()	DTIREO _____

Em caso afirmativo, faz algum tipo de tratamento? 1- Não () *Problema de uma {doença}*
2- Sim () a. Regular () b. Irregular ()

Que Tipo? 3- Medicamento (X) 4- Dieta () 8- Chás () 13- Exercício físico () Outros: _____

APENAS PARA O SEXO FEMININO:

Usa anticoncepcional? 1- Sim () 2- Não () Está na menopausa? 1- Sim () 2- Não ()

Faz Reposição Hormonal? 1- Sim () 2- Não ()

Retirou os ovários por cirurgia? 1- Sim () 2- Não ()

Com que idade teve a primeira menstruação? _____ anos

Já esteve grávida? 1- Sim () 2- Não () Quantas vezes você esteve grávida? 4 vezes

Quantos partos de crianças vivas ou mortas? _____ partos

Com que idade você engravidou? 1º gest _____ 2º gest _____ 3º gest _____ 4º gest _____ 5º gest _____

6º gest _____

Qual o período entre um parto e outro? ____ / ____ / ____ / ____ / ____



5. EXAME FÍSICO

ÍTEM	OBSERVAÇÕES	ÍTEM	OBSERVAÇÕES
Cabelo	Queda	Dentição	incompl
Olhos	-	Pele	-
Mucosas	Hipo	Unhas	NDU
Boca	-	Abdômen	
Língua	-	Extremidades	
Gengivas	-	Articulações	Sim; palho dor

Ap. Gastrointestinal

1- Disfagia () 2- Odinofagia () 3- Dispepsia () 4- Pirose () 5- Náusea ()

6- Vômito ()

7- Flatulência () 8- Diarréia () 9- Obstipação ()

Outros: _____

Se Obstipação: Consistência: _____ Aspecto: REN, RUN

Ritmo Urinário: Normal () ↑ () ↓ () Frequência: _____

Reflexo:
- lili desrotado
- queip
- enlatado

6. AVALIAÇÃO LABORATORIAL

EXAMES	VALORES ENCONTRADOS (mg/dl)	EXAMES	VALORES ENCONTRADOS (mg/dl)
Hemoglobina		HDL-C	
Hematócrito		Triglicérides	
Leucócitos		Uréia	
Glicemia		Creatinina	
Colesterol Total		Uréia	
LDL-C		Creatinina	

Vai levar
pl prox.
encentro

7. AVALIAÇÃO CLÍNICA-ANTROPOMÉTRICA

DATA	PESO (Kg)	ALTURA (Cm)	IMC	CC	CQ (CM)
09/07	82,5	1,64	30,73	100	
	80,4		29,7		
08/08	78,0		29,0		
05/11	78,0		29,0		

PESO IDEAL OU DESEJADO:

meta inicial

70Kg

meta final

pl IMC 24,9
67Kg



Trabalha. 07:30h
17h

8. PERCEPÇÃO

Como você classificaria seu peso corporal? 1- Baixo peso () 2- Peso normal ()
3- Um pouco acima do peso () 4- Muito acima do peso (X) 5- Não se percebe ()

Percepção corporal: Como você se sente em relação ao seu corpo?

1- Satisfeito () 2- Insatisfeito (X) 3- Indiferente ()

Percepção situação de saúde: Como você classifica a sua saúde?

1- Muito boa () 2- Boa () 3- Regular (X) 4- Ruim () 5- Muito ruim ()

9. ANAMNESE ALIMENTAR

Refeição/dia: 1- Café manhã (X) 2- Colação (X) 3- Almoço (X) 4- Lanche () 5- Jantar (X) 6- Ceia ()
Local das principais refeições: 1- Sempre em casa () 2- Sempre na rua () 3- Em casa/rua ()

Café manhã () Almoço () Jantar ()

Forma + freq. de preparar/consumir os alimentos: 1- Cozido (X) 2- Assado () 3- Grelhado () 4- Frito ()
Tipo de sal utilizado: 1- Sal de cozinha (X) 2- Sal light () 3- Dietasal () 4- Tempero pronto ()

Quanto tempo dura um pacote de sal em sua casa?

1- 1 semana () 2- 15 dias () 3- 01 mês () 4- 2 meses () 5- 3 meses () 6- Não sabe ()

Quantas pessoas fazem as refeições na sua casa? _____ pessoas

Usa saleiro na mesa: 1- Sim () 2- Não (X)

Faz alguma Restrição Alimentar? 1- Sim () 2- Não () Quais? _____

Por quê? _____

Alergia

alimentar: somareão

Intolerância

alimentar: _____

Aversões alimentares: lute, queijo, presunto

Apetite atual: 1- Normal () ↑ () ↓ ()

Ingestão hídrica: ↑ _____ copos/dia

Já fez algum tratamento dietético? 1- Sim () 2- Não ()

16/dia

Finalidade: _____

Como você, no geral, classifica a sua alimentação? 1- Muito boa () 2- Boa () 3- Regular (X)
4- Ruim () 5- Muito ruim ()



10. RECORDATÓRIO ALIMENTAR HABITUAL

Refeição	Preparações/ Alimentos	Medidas caseiras	Gramas
Desjejum Local: casa Hora: 07h	café e leite adoçado biscoito ^{4 uds} ou pão e margarina fruta (banana, maçã, mamão) <i>Banana e melancia seca</i>		
Colação Local: Trabalho Hora: 10:30	fruta		
Almoço Local: Trabalho Hora: 13:30	arroz feijão peixe frito ou frango frito ou carne Salada crua ou cozida Sopa Sobremesa: doce, sorvete etc		
Lanche Local: Hora:	-		
Jantar Local: casa Hora: 19h	Sopa café e leite — — — suco ou café e pão e margarina ou banana da terra		
Ceia Local: casa Hora: 21:30-22h	café e leite		

Gosta Sim

café
peixe

Não
Gosta

frutas do mar

Relata ingestão de cerveja aos domingos 4 copos.



G

ABORDAGEM FÍSICA E NUTRICIONAL ADULTO

Nutricionistas: Adriana Dantas e Delaine de Almeida

Data: 28/05/11**1. IDENTIFICAÇÃO**Nome: Ivone de JesusData de Nascimento: 12/12/1961 Idade: 49 Est. Civil 1- S () 2- C () 3- D () 4- V ()Naturalidade: Feira de Santana Procedência: caboto Sexo 1- M () 2- F ()Telefone: 9907-4055 Ocupação: Aux. Serv. GeraisFunção: _____ Carga horária de trabalho / dia 08 hTem atividade extra? 1- Sim () 2- Não ()

Qual? _____ Com que frequência semanal? _____

Atividade: 1- Leve () 2- Moderada () 3- Intensa () 4- Muito Intensa ()**2. DADOS SÓCIO-ECONÔMICOS**Qual a sua escolaridade? 1- 1º grau () 2- 2º grau () 3- 3º grau () 4- Pós-graduação ()Situação escolar: 1- incompleto () 2- completo ()

Entre as alternativas como você classificaria a sua raça?

1- Branca () 2- Negra () 3- Mulata-clara () 4- Mulata-média () 5- Mulata-escura ()

6- Amarelo () 7- Indígena ()

Renda familiar: 1- 1 a 2 SM () 2- 3 a 4 SM () 3- 5 a 6 SM () 4- 7 a 10 SM () 5- > 10 SM ()**3. HÁBITOS DE VIDA****Exercício Físico**Pratica algum tipo de exercício físico? 1- Sim () 2- Não ()Qual o tipo? futisalCom que frequência semanal pratica? 02 vezes/semana Regular: 1- Sim () 2- Não ()Duração/min.: 01 hora Há quanto tempo? 30 anos**Etilismo**Você ingere bebida alcoólica? 1- Sim () 2- Não ()

Tipo de Bebida	Quantidade	FREQUÊNCIA					
		1 a 3 vezes /semana	4 a 6 vezes /semana	Diariamente	Até 2 vezes/mês	Rara mente	Nunca
Cerveja (lata/garrafa pequena)							
Cerveja (garrafa grande)	<u>02</u>					<input checked="" type="checkbox"/>	
Cerveja (copo 200 ml)							
Aguardente (doses)							
Uísque (doses)							
Conhaque/Vodka (doses)							
Vinho (taças)							
Outro:							

Há quanto tempo faz uso de bebidas alcoólicas? _____

1. Sentiu alguma vez que deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou parar de beber? ()

2. As pessoas criticam o seu modo de beber? ()

3. Sente-se aborrecido consigo mesmo pela maneira como costuma beber? ()

4. Costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca? ()

TabagismoFumante: 1- Sim () 2- Não () Se afirmativo, há quanto tempo: _____ Nº cigarros/dia: _____

Tipo de tabaco: 1- Cigarro () 2- Charuto () 3- Cigarrilha () 4- Cachimbo () 4- Outros _____

Ex-fumante: 1- Sim () 2- Não () Quanto Tempo? _____



Fumante Passivo: 1- Sim () 2- Não (X) Se afirmativo: 1- Casa () 2- Trabalho ()

Sono

Quantas horas de sono, em média, você tem por dia? 1- Abaixo de 4 horas () 2- Entre 4 e 6 horas (X)
3- Entre 6 e 8 horas () 4- Acima de 8 horas () ± 05 horas

Roncos: 1- Sim () 2- Não ()

4. ANTECEDENTES FAMILIARES

ENTRE SEUS PARENTES DE 1º GRAU (PAI, MÃE E IRMÃOS) QUEM TEVE OU TEM:

Obesidade	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()	OBES _____
Pressão Alta	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()	PRESALT _____
Diabetes	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()	DM _____
Colesterol alto	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()	HCOL _____
Angina	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()	ANGINA _____
Infarto	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()	INFART _____
Morte Súbita	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()	MORSUB _____
Derrame	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()	DERRAME _____
Insuf. Cardíaca	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()	ICARD _____
Câncer	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()	CA _____
Osteoporose	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()	OSTEOP _____
Outros	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()	OUTROS _____

Cirurgias: _____

5. HISTÓRIA CLÍNICA ATUAL

VOCÊ TEM ALGUMA DESSAS DOENÇAS?

Diabetes	1- Sim ()	2- Não ()	DIAB _____	Angina	1- Sim ()	2- Não ()	ANG _____
Colesterol alto	1- Sim ()	2- Não ()	HCOL _____	Infarto	1- Sim ()	2- Não ()	INFART _____
Obesidade	1- Sim ()	2- Não ()	OBES _____	Derrame	1- Sim ()	2- Não ()	DERM _____
Pressão Alta	1- Sim ()	2- Não ()	HAS _____	Anemia	1- Sim ()	2- Não ()	ANEM _____
Câncer	1- Sim ()	2- Não ()	CA _____	Úlcera	1- Sim ()	2- Não ()	ULC _____
Osteoporose	1- Sim ()	2- Não ()	OST _____	D. Tireóide	1- Sim ()	2- Não ()	DTIREO _____

Em caso afirmativo, faz algum tipo de tratamento? 1- Não ()

2- Sim () a. Regular () b. Irregular ()

Que Tipo? 3- Medicamento () 4- Dieta () 8- Chás () 13- Exercício físico () Outros: _____

APENAS PARA O SEXO FEMININO:

Usa anticoncepcional? 1- Sim () 2- Não (X) Está na menopausa? 1- Sim (X) 2- Não ()

Faz Reposição Hormonal? 1- Sim () 2- Não (X)

Retirou os ovários por cirurgia? 1- Sim () 2- Não (X)

Com que idade teve a primeira menstruação? 09 anos

Já esteve grávida? 1- Sim (X) 2- Não () Quantas vezes você esteve grávida? 02 vezes

Quantos partos de crianças vivas ou mortas? 02 partos

Com que idade você engravidou? 1º gest 20 2º gest 22 3º gest _____ 4º gest _____ 5º gest _____

6º gest _____

Qual o período entre um parto e outro? 02 / antes / _____ / _____



5. EXAME FÍSICO

ÍTENS	OBSERVAÇÕES	ÍTENS	OBSERVAÇÕES
Cabelo	✓	Dentição	/
Olhos	✓	Pele	
Mucosas	corada	Unhas	/
Boca	/	Abdômen	
Língua		Extremidades	/
Gengivas		Articulações	

Ap. Gastrointestinal

1- Disfagia () 2- Odinofagia () 3- Dispepsia () 4- Pirose () 5- Náusea ()

6- Vômito ()

7- Flatulência () 8- Diarréia () 9- Obstipação ()

Outros: _____

Se Obstipação: Consistência: Normal Aspecto: meio endurecido

Ritmo Urinário: Normal (X) ↑ () ↓ () Frequência: 05 X

6. AVALIAÇÃO LABORATORIAL

EXAMES	VALORES ENCONTRADOS (mg/dl)	EXAMES	VALORES ENCONTRADOS (mg/dl)
Hemoglobina	14,2 OK	HDL-C	
Hematócrito	42,6% OK	Triglicérides	
Leucócitos	6.370 OK	Uréia	
Glicemia	93,2 OK	Creatinina	
Colesterol Total		Uréia	
LDL-C		Creatinina	

7. AVALIAÇÃO CLÍNICA-ANTROPOMÉTRICA

DATA	PESO (Kg)	ALTURA (Cm)	IMC	CC	CQ (CM)
28/05/11	82,8	1,61 ^{2,1592}	31,94	106	116
18/06/11	83	1,62			
16/07/11	83,6				
06/08/11	83,3				
10/09	84				

PESO IDEAL OU DESEJADO:

ABD

111cm

BALCO	
N	18,9 - 24,9
S	25 - 29,9
* <u>OBS</u>	30 - 34,9

II



8. PERCEPÇÃO

Como você classificaria seu peso corporal? 1- Baixo peso () 2- Peso normal ()
3- Um pouco acima do peso (X) 4- Muito acima do peso () 5- Não se percebe ()

Percepção corporal: Como você se sente em relação ao seu corpo?

1- Satisfeito () 2- Insatisfeito (X) 3- Indiferente ()

Percepção situação de saúde: Como você classifica a sua saúde?

1- Muito boa () 2- Boa (X) 3- Regular () 4- Ruim () 5- Muito ruim ()

9. ANAMNESE ALIMENTAR

Refeição/dia: 1- Café manhã () 2- Colação () 3- Almoço (X) 4- Lanche (X) 5- Jantar () 6- Ceia ()

Local das principais refeições: 1- Sempre em casa (X) 2- Sempre na rua () 3- Em casa/rua ()

Café manhã () Almoço () Jantar ()

Forma + freq. de preparar/consumir os alimentos: 1- Cozido (X) 2- Assado (X) 3- Grelhado () 4- Frito (X) *Paixe*

Tipo de sal utilizado: 1- Sal de cozinha (X) 2- Sal light () 3- Dietasal () 4- Tempero pronto ()

Quanto tempo dura um pacote de sal em sua casa?

1- 1 semana () 2- 15 dias () 3- 01 mês () 4- 2 meses (X) 5- 3 meses () 6- Não sabe ()

Quantas pessoas fazem as refeições na sua casa? 03 pessoas

Usa saleiro na mesa: 1- Sim () 2- Não (X)

Faz alguma Restrição Alimentar? 1- Sim () 2- Não () Quais? _____

Por quê? _____

Alergia alimentar: _____

Intolerância alimentar: _____

Aversões alimentares: camarão

Apetite atual: 1- Normal (X) ↑ () ↓ () Ingestão hídrica: _____ copos/dia

Já fez algum tratamento dietético? 1- Sim () 2- Não (X)

Finalidade: _____

Como você, no geral, classifica a sua alimentação? 1- Muito boa () 2- Boa (X) 3- Regular ()
4- Ruim () 5- Muito ruim ()

9-10- *lanche*
~~café~~ da manhã = frutas / suco

18:00 - *fantau* = sopa

Não poste café da manhã, nem da noite.



10. RECORDATÓRIO ALIMENTAR HABITUAL

Refeição	Preparações/ Alimentos	Medidas caseiras	Gramas
Desjejum Local: Hora:	NÃO come		
Colação Local: Hora:	—		
Almoço Local: CASA Hora:	- Frango Assado / Peixe frito - carne - Salada / Verdura - Arroz / Feijão / Rouco Favelha - Refrigerante	1 pedaço 05 colheres sopa Arroz 1/2 concha 300ml	
Lanche Local: CASA Hora:	fruta - melancia / manga / maçã		
Jantar Local: Hora:	—		
Ceia Local: Hora:	—		



camisa M

ABORDAGEM FÍSICA E NUTRICIONAL ADULTO

Nutricionistas: Adriana Dantas e Delaine de Almeida

Data: 28/05/11

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Gildete Conceição Oliveira da Silva

Data de Nascimento: 07/12/53 Idade: 57 Est. Civil 1- S () 2- C (X) 3- D () 4- V ()

Naturalidade: Candeias Procedência: Caboto Sexo 1- M () 2- F (X)

Telefone: 8217-7122 Ocupação: Aux. Secretária

Função: Aux. Secretária Carga horária de trabalho / dia _____ h

Tem atividade extra? 1- Sim () 2- Não (X)

Qual? _____ Com que frequência semanal? _____

Atividade: 1- Leve () 2- Moderada () 3- Intensa () 4- Muito Intensa ()

2. DADOS SÓCIO-ECONÔMICOS

Qual a sua escolaridade? 1- 1º grau () 2- 2º grau (X) 3- 3º grau () 4- Pós-graduação ()

Situação escolar: 1- incompleto () 2- completo (X)

Entre as alternativas como você classificaria a sua raça?

1- Branca () 2- Negra () 3- Mulata-clara () 4- Mulata-média () 5- Mulata-escura ()

6- Amarelo () 7- Indígena ()

Renda familiar: 1- 1 a 2 SM (X) 2- 3 a 4 SM () 3- 5 a 6 SM () 4- 7 a 10 SM () 5- > 10 SM ()

3. HÁBITOS DE VIDA

Exercício Físico

Pratica algum tipo de exercício físico? 1- Sim (X) 2- Não ()

Qual o tipo? cauinhada

Com que frequência semanal pratica? 2x semanal Regular: 1- Sim () 2- Não (X)

Duração/min.: 30 min. Há quanto tempo? _____

Etilismo

Você ingere bebida alcoólica? 1- Sim (X) 2- Não ()

Tipo de Bebida	Quantidade	FREQUÊNCIA					
		1 a 3 vezes /semana	4 a 6 vezes /semana	Diariamente	Até 2 vezes/mês	Raramente	Nunca
Cerveja (lata/garrafa pequena)							
Cerveja (garrafa grande)							
Cerveja (copo 200 ml)	<u>04</u>					<u>X</u>	
Aguardente (doses)							
Uísque (doses)							
Conhaque/VodKa (doses)							
Vinho (taças)							
Outro:							

Há quanto tempo faz uso de bebidas alcoólicas? _____

1. Sentiu alguma vez que deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou parar de beber? ()

2. As pessoas criticam o seu modo de beber? ()

3. Sente-se aborrecido consigo mesmo pela maneira como costuma beber? ()

4. Costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca? ()

Tabagismo

Fumante: 1- Sim () 2- Não (X) Se afirmativo, há quanto tempo: _____ Nº cigarros/dia: _____

Tipo de tabaco: 1- Cigarro () 2- Charuto () 3- Cigarilha () 4- Cachimbo () 4- Outros _____

Ex-fumante: 1- Sim () 2- Não () Quanto Tempo? _____



Fumante Passivo: 1- Sim () 2- Não (X) Se afirmativo: 1- Casa () 2- Trabalho ()

Sono

Quantas horas de sono, em média, você tem por dia? 1- Abaixo de 4 horas () 2- Entre 4 e 6 horas (X)
3- Entre 6 e 8 horas () 4- Acima de 8 horas ()

Roncos: 1- Sim () 2- Não ()

4. ANTECEDENTES FAMILIARES

ENTRE SEUS PARENTES DE 1º GRAU (PAI, MÃE E IRMÃOS) QUEM TEVE OU TEM:

Obesidade	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()	OBES _____
Pressão Alta	3- Pai ()	4- Mãe (X)	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()	PRESALT _____
Diabetes	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()	DM _____
Colesterol alto	3- Pai ()	4- Mãe (X)	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()	HCOL _____
Angina	3- Pai ()	4- Mãe (X)	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()	ANGINA _____
Infarto	3- Pai ()	4- Mãe (X)	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()	INFART _____
Morte Súbita	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()	MORSUB _____
Derrame	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()	DERRAME _____
Insuf. Cardíaca	3- Pai ()	4- Mãe (X)	8- Irmãos (X)	13- Ninguém/não sabe ()	ICARD _____
Câncer	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()	CA _____
Osteoporose	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()	OSTEOP _____
Outros	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()	OUTROS _____

Cirurgias: Plástica / bexiga

5. HISTÓRIA CLÍNICA ATUAL

VOCÊ TEM ALGUMA DESSAS DOENÇAS?

Diabetes	1- Sim ()	2- Não ()	DIAB _____	Angina	1- Sim ()	2- Não ()	ANG _____
Colesterol alto	1- Sim ()	2- Não ()	HCOL _____	Infarto	1- Sim ()	2- Não ()	INFART _____
Obesidade	1- Sim ()	2- Não ()	OBES _____	Derrame	1- Sim ()	2- Não ()	DERM _____
Pressão Alta	1- Sim (X)	2- Não ()	HAS _____	Anemia	1- Sim ()	2- Não ()	ANEM _____
Câncer	1- Sim ()	2- Não ()	CA _____	Úlcera	1- Sim ()	2- Não ()	ULC _____
Osteoporose	1- Sim ()	2- Não ()	OST _____	D. Tireóide	1- Sim ()	2- Não ()	DTIREO _____

Em caso afirmativo, faz algum tipo de tratamento? 1- Não ()

2- Sim () a. Regular () b. Irregular ()

Que Tipo? 3- Medicamento (X) 4- Dieta () 8- Chás () 13- Exercício físico () Outros: _____

Prencos Acte.

APENAS PARA O SEXO FEMININO:

Usa anticoncepcional? 1- Sim () 2- Não (X) *há muito tempo* Está na menopausa? 1- Sim (X) 2- Não ()

Faz Reposição Hormonal? 1- Sim () 2- Não (X)

Retirou os ovários por cirurgia? 1- Sim () 2- Não ()

Com que idade teve a primeira menstruação? _____ anos

Já esteve grávida? 1- Sim (X) 2- Não () Quantas vezes você esteve grávida? 04 vezes

Quantos partos de crianças vivas ou mortas? 04 partos

Com que idade você engravidou? 1º gest _____ 2º gest _____ 3º gest _____ 4º gest _____ 5º gest _____

6º gest _____

Qual o período entre um parto e outro? ____ / ____ / ____ / ____ / ____



5. EXAME FÍSICO

ÍTEM	OBSERVAÇÕES	ÍTEM	OBSERVAÇÕES
Cabelo		Dentição	
Olhos		Pele	
Mucosas		Unhas	
Boca		Abdômen	
Língua		Extremidades	
Gengivas		Articulações	

Ap. Gastrointestinal

1- Disfagia () 2- Odinofagia () 3- Dispepsia () 4- Pirose () 5- Náusea ()

6- Vômito ()

7- Flatulência () 8- Diarréia () 9- Obstipação ()

Outros: _____

Se Obstipação: Consistência: _____ Aspecto: Na5

Ritmo Urinário: Normal () ↑ () ↓ () Frequência: _____

6. AVALIAÇÃO LABORATORIAL

EXAMES	VALORES ENCONTRADOS (mg/dl)	EXAMES	VALORES ENCONTRADOS (mg/dl)
Hemoglobina		HDL-C	
Hematócrito		Triglicérides	
Leucócitos		Uréia	
Glicemia		Creatinina	
Colesterol Total		Uréia	
LDL-C		Creatinina	

7. AVALIAÇÃO CLÍNICA-ANTROPOMÉTRICA

DATA	PESO (Kg)	ALTURA (Cm)	IMC	CC (cm)	CQ (CM)
28/05/11	65	^{2,3104} 152	28,10		
18/06/11	64,2	152	27,78	86	
16/07/11	64,6				
06/08	65,0				
10/09	64,0		27,7		
08/10	63,0				

PESO IDEAL OU DESEJADO:

Meta 60kg (inicial)

CAB
87cm

Meta final 58kg



8. PERCEPÇÃO

Como você classificaria seu peso corporal? 1- Baixo peso () 2- Peso normal ()
3- Um pouco acima do peso () 4- Muito acima do peso () 5- Não se percebe ()

Percepção corporal: Como você se sente em relação ao seu corpo?

1- Satisfeito () 2- Insatisfeito () 3- Indiferente ()

Percepção situação de saúde: Como você classifica a sua saúde?

1- Muito boa () 2- Boa () 3- Regular () 4- Ruim () 5- Muito ruim ()

9. ANAMNESE ALIMENTAR

Refeição/dia: 1- Café manhã () 2- Colação () 3- Almoço () 4- Lanche () 5- Jantar () 6- Ceia ()

Local das principais refeições: 1- Sempre em casa () 2- Sempre na rua () 3- Em casa/rua ()

Café manhã () Almoço () Jantar ()

Forma + freq. de preparar/consumir os alimentos: 1- Cozido () 2- Assado () 3- Grelhado () 4- Frito ()

Tipo de sal utilizado: 1- Sal de cozinha () 2- Sal light () 3- Dietasal () 4- Tempero pronto ()

Quanto tempo dura um pacote de sal em sua casa?

1- 1 semana () 2- 15 dias () 3- 01 mês () 4- 2 meses () 5- 3 meses () 6- Não sabe ()

Quantas pessoas fazem as refeições na sua casa? _____ pessoas

Usa saleiro na mesa: 1- Sim () 2- Não ()

Faz alguma Restrição Alimentar? 1- Sim () 2- Não () Quais? _____

Por quê? _____

Alergia _____

alimento: _____

Intolerância _____

alimento: _____

Aversões alimentares: _____

Apetite atual: 1- Normal () ↑ () ↓ () Ingestão hídrica: _____ copos/dia

Já fez algum tratamento dietético? 1- Sim () 2- Não ()

Finalidade: _____

Como você, no geral, classifica a sua alimentação? 1- Muito boa () 2- Boa () 3- Regular ()

4- Ruim () 5- Muito ruim ()



10. RECORDATÓRIO ALIMENTAR HABITUAL

Refeição	Preparações/ Alimentos	Medidas caseiras	Gramas
Desjejum Local: Hora: 06:30	café puro	1/2 xícara	
Colação Local: TRABALHO Escola Hora: 8:30	- café com leite - Raiz (inhame,aipim, banana) ou - Pão com manteiga	1/2 copo 0 L	
10:00 Almoço Local: casa Hora: 15:30	Mingau / sopa / Saco de biscoito - Merenda Escolar Arroz Feijão Frango / Peixe / carne Salada macarrão Parafuso		
Lanche Local: casa de Mãe Hora: 16:00	Frutas		
Jantar Local: .. Hora: 18:00	café com leite ou leite puro raiz sopa Biscoito maizena.		
Ceia Local: casa de Mãe Hora: 22:30	fruta - maçã leite desnatado clareado		

Desjejum = cereal e leite desnatado
ou leite e café e leite

lanche ^{10h}
cozido = fruta

12:00h - Barra de cereal + suco de soja

Almoço = Salada coz.

Arroz

15:30h

Feijão

Fipodo

fruta - Banana + laranja

lanche = fruta

Jantar = Macanão + Frango coz. às vezes
café e pão
requeijado light
ou sopa

ceia = leite + biscoito maisena (2)

**ABORDAGEM FÍSICA E NUTRICIONAL ADULTO**

Nutricionistas: Adriana Dantas e Delaine de Almeida

Data: 16/07/11**1. IDENTIFICAÇÃO**Nome: FERNANDA PITA DOS SANTOSData de Nascimento: 07/11/82 Idade: 28 Est. Civil 1- S () 2- C () 3- D () 4- V ()Naturalidade: Salvador Procedência: Cabul Sexo 1- M () 2- F ()Telefone: 9918-0808 Ocupação: Dona de casa

Função: _____ Carga horária de trabalho / dia _____ h

Tem atividade extra? 1- Sim () 2- Não ()

Qual? _____ Com que frequência semanal? _____

Atividade: 1- Leve () 2- Moderada () 3- Intensa () 4- Muito Intensa ()

2. DADOS SÓCIO-ECONÔMICOSQual a sua escolaridade? 1- 1º grau () 2- 2º grau () 3- 3º grau () 4- Pós-graduação ()Situação escolar: 1- incompleto () 2- completo ()

Entre as alternativas como você classificaria a sua raça?

1- Branca () 2- Negra () 3- Mulata-clara () 4- Mulata-média () 5- Mulata-escura ()

6- Amarelo () 7- Indígena ()

Renda familiar: 1- 1 a 2 SM () 2- 3 a 4 SM () 3- 5 a 6 SM () 4- 7 a 10 SM () 5- > 10 SM ()**3. HÁBITOS DE VIDA****Exercício Físico**Pratica algum tipo de exercício físico? 1- Sim () 2- Não ()

Qual o tipo? _____

Com que frequência semanal pratica? _____ Regular: 1- Sim () 2- Não ()

Duração/min.: _____ Há quanto tempo? _____

EtilismoVocê ingere bebida alcoólica? 1- Sim () 2- Não ()

Tipo de Bebida	Quantidade	FREQUÊNCIA					
		1 a 3 vezes /semana	4 a 6 vezes /semana	Diariamente	Até 2 vezes/mês	Raramente	Nunca
Cerveja (lata/garrafa pequena)							
Cerveja (garrafa grande)							
Cerveja (copo 200 ml)							
Aguardente (doses)							
Uísque (doses)							
Conhaque/Vodka (doses)							
Vinho (taças)							
Outro:							

Há quanto tempo faz uso de bebidas alcoólicas? _____

1. Sentiu alguma vez que deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou parar de beber? ()

2. As pessoas criticam o seu modo de beber? ()

3. Sente-se aborrecido consigo mesmo pela maneira como costuma beber? ()

4. Costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca? ()

TabagismoFumante: 1- Sim () 2- Não () Se afirmativo, há quanto tempo: _____ Nº cigarros/dia: _____

Tipo de tabaco: 1- Cigarro () 2- Charuto () 3- Cigarrilha () 4- Cachimbo () 4- Outros _____

Ex-fumante: 1- Sim () 2- Não () Quanto Tempo? _____



Fumante Passivo: 1- Sim () 2- Não () Se afirmativo: 1- Casa () 2- Trabalho ()

Sono

Quantas horas de sono, em média, você tem por dia? 1- Abaixo de 4 horas (X) 2- Entre 4 e 6 horas ()
3- Entre 6 e 8 horas () 4- Acima de 8 horas ()

Roncos: 1- Sim () 2- Não ()

4. ANTECEDENTES FAMILIARES

ENTRE SEUS PARENTES DE 1º GRAU (PAI, MÃE E IRMÃOS) QUEM TEVE OU TEM:

Obesidade	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe (X)	OBES _____
Pressão Alta	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe (X)	PRESALT _____
Diabetes	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe (X)	DM _____
Colesterol alto	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()	HCOL _____
Angina	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()	ANGINA _____
Infarto	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()	INFART _____
Morte Súbita	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()	MORSUB _____
Derrame	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()	DERRAME _____
Insuf. Cardíaca	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()	ICARD _____
Câncer	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()	CA _____
Osteoporose	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()	OSTEOP _____
Outros	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()	OUTROS _____

Cirurgias: pesária

5. HISTÓRIA CLÍNICA ATUAL

VOCÊ TEM ALGUMA DESSAS DOENÇAS?

Diabetes	1- Sim ()	2- Não (X)	DIAB _____	Angina	1- Sim ()	2- Não ()	ANG _____
Colesterol alto	1- Sim ()	2- Não ()	HCOL _____	Infarto	1- Sim ()	2- Não ()	INFART _____
Obesidade	1- Sim ()	2- Não ()	OBES _____	Derrame	1- Sim ()	2- Não ()	DERM _____
Pressão Alta	1- Sim ()	2- Não ()	HAS _____	Anemia	1- Sim ()	2- Não ()	ANEM _____
Câncer	1- Sim ()	2- Não ()	CA _____	Úlcera	1- Sim ()	2- Não ()	ULC _____
Osteoporose	1- Sim ()	2- Não ()	OST _____	D. Tireóide	1- Sim ()	2- Não ()	DTIREO _____

Em caso afirmativo, faz algum tipo de tratamento? 1- Não (X)

2- Sim () a. Regular () b. Irregular ()

Que Tipo? 3- Medicamento () 4- Dieta () 8- Chás () 13- Exercício físico () Outros: _____

APENAS PARA O SEXO FEMININO:

Usa anticoncepcional? 1- Sim () 2- Não (X) Está na menopausa? 1- Sim () 2- Não (X)

Faz Reposição Hormonal? 1- Sim () 2- Não ()

Retirou os ovários por cirurgia? 1- Sim () 2- Não (X)

Com que idade teve a primeira menstruação? _____ anos

Já esteve grávida? 1- Sim (X) 2- Não () Quantas vezes você esteve grávida? 02 vezes

Quantos partos de crianças vivas ou mortas? 02 partos

Com que idade você engravidou? 1º gest _____ 2º gest _____ 3º gest _____ 4º gest _____ 5º gest _____

6º gest _____

Qual o período entre um parto e outro? ____ / ____ / ____ / ____ / ____



5. EXAME FÍSICO

ÍTEM	OBSERVAÇÕES	ÍTEM	OBSERVAÇÕES
Cabelo		Dentição	
Olhos		Pele	
Mucosas		Unhas	
Boca		Abdômen	
Língua		Extremidades	
Gengivas		Articulações	

Ap. Gastrointestinal

1- Disfagia () 2- Odinofagia () 3- Dispepsia () 4- Pirose () 5- Náusea ()

6- Vômito ()

7- Flatulência () 8- Diarréia () 9- Obstipação ()

Outros: _____

Se Obstipação: Consistência: _____ Aspecto: _____

Ritmo Urinário: Normal () ↑ () ↓ () Frequência: _____

NÃO

6. AVALIAÇÃO LABORATORIAL

EXAMES	VALORES ENCONTRADOS (mg/dl)	EXAMES	VALORES ENCONTRADOS (mg/dl)
Hemoglobina		HDL-C	
Hematócrito		Triglicérides	
Leucócitos		Uréia	
Glicemia		Creatinina	
Colesterol Total		Uréia	
LDL-C		Creatinina	

7. AVALIAÇÃO CLÍNICA-ANTROPOMÉTRICA

DATA	PESO (Kg)	ALTURA (Cm)	IMC	CC	CQ (CM)
16/07/11	70,9	1,78 ^{2,9584}	23,66		
06/08/11	70,1				
10/09/11	67,7				
08/10/11	67		22,70		

PESO IDEAL OU DESEJADO:

Peso Desejado = 60kg.

18 ———— 24,9 = NORMAL
25 ———— 29,9 = SOBREP.



8. PERCEPÇÃO

Como você classificaria seu peso corporal? 1- Baixo peso () 2- Peso normal ()
3- Um pouco acima do peso () 4- Muito acima do peso () 5- Não se percebe ()

Percepção corporal: Como você se sente em relação ao seu corpo?

1- Satisfeito () 2- Insatisfeito () 3- Indiferente ()

Percepção situação de saúde: Como você classifica a sua saúde?

1- Muito boa () 2- Boa () 3- Regular () 4- Ruim () 5- Muito ruim ()

9. ANAMNESE ALIMENTAR

Refeição/dia: 1- Café manhã () 2- Colação () 3- Almoço () 4- Lanche () 5- Jantar () 6- Ceia ()

Local das principais refeições: 1- Sempre em casa () 2- Sempre na rua () 3- Em casa/rua ()

Café manhã () Almoço () Jantar ()

Forma + freq. de preparar/consumir os alimentos: 1- Cozido () 2- Assado () 3- Grelhado () 4- Frito ()

Tipo de sal utilizado: 1- Sal de cozinha () 2- Sal light () 3- Dietasal () 4- Tempero pronto ()

Quanto tempo dura um pacote de sal em sua casa?

1- 1 semana () 2- 15 dias () 3- 01 mês () 4- 2 meses () 5- 3 meses () 6- Não sabe ()

Quantas pessoas fazem as refeições na sua casa? _____ pessoas

Usa saleiro na mesa: 1- Sim () 2- Não ()

Faz alguma Restrição Alimentar? 1- Sim () 2- Não () Quais? _____

Por quê? _____

Alergia

alimentar: _____

Intolerância

alimentar: _____

Aversões alimentares: _____

Apetite atual: 1- Normal () ↑() ↓()

Ingestão hídrica: _____ copos/dia

Já fez algum tratamento dietético? 1- Sim () 2- Não ()

Finalidade: _____

Como você, no geral, classifica a sua alimentação? 1- Muito boa () 2- Boa () 3- Regular ()

4- Ruim () 5- Muito ruim ()



10. RECORDATÓRIO ALIMENTAR HABITUAL

Refeição	Preparações/ Alimentos	Medidas caseiras	Gramas
Desjejum Local: casa Hora: 9-10h	- 01 pão - margarina + queijo presunto - café a leite + açúcar.	200 ml	
Colação Local: Hora:	—		
Almoço Local: Hora: 13:30 14h	- Salada + Frango / frizado / Peixe (frito) / cozido - Arroz ou macarrão - Feijão - Suco fruta = 500 ml		
Lanche Local: Hora:	as vezes - biscoito Passatempo s/melão	1/2 Pacote	
Jantar Local: Hora: 19h	- Pão / biscoito doce / Maizena - Sopa ou - ensalada - café a leite	comida	
Ceia Local: Hora:	fruta ou maçã ou melão ou f. laranja com leite		

Fernanda

Desjjeu = Pão francês + marg. light & neg. light
café a leite Ninho

lanche = —

Almoço = idem

lanche = Pão = ol

16:30

Biscoito amanteigado / passatempo
café a leite

Jantar = às vezes janta

21:30h

Pão / sanduiche (hamburger)

ceia = —

* Daí ~~anda~~ a tarde em ~~moder~~. Volta 21:30h
p/ casa.